استناد به این مقاله: وفائی‌جهان، زهرا؛ سپهری شاملو، زهره؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف‌کنندگان مواد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۱)، ۱۱۸-۹۹.

مقایسه اثربخشی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف‌کنندگان مواد

زهرا وفائی جهان[۱]، زهره سپهری شاملو[۲]، جواد صالحی فدردی [۳]

دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۸

چکیده

درمان افراد وابسته یا سوء مصرف کننده مواد چه به صورت سرپایی یا بستری مستلزم مشاوره و درمان گروهی و شرکت در فعالیت‌های گروهی دیگر، مثل شرکت در گروه‌های سوء مصرف کنندگان مواد بی‌نام می‌باشد. هدف پژوهش حاضر عبارت بود از مقایسه اثربخشی برنامه‌های آموزش گروهی غنی‌سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد. شرکت کنندگان (۳۰ = N) که همگی به دلیل سوء مصرف مواد تحت درمان بودند، به طور تصادفی به یکی از سه گروه برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی، واقعیت درمانی، و کنترل نما گمارده شدند و بر روی همه آنها پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با استفاده از ابزار یکسانی، انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل‌نما، برنامه‌های آموزشی غنی‌سازی و ارتقاء زندگی LEAP و واقعیت درمانی RT با بهبود شاخص‌های اعتیاد در پس آزمون و آزمون پیگیری همراه بودند. گروه آموزشی RT در شاخص‌های منبع کنترل، میزان وسوسه، احساس کنترل مثبت و رضایت از زندگی موثرتر از گروه کنترل نما بود. برنامه LEAP در شاخص‌های، افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی، کاهش میزان وسوسه و میزان رضایت از زندگی برتری داشت.

کلیدواژه‌ها: *برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی، واقعیت درمانی، اعتیاد، سوء مصرف مواد، کنترل*

---

[۱] نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد؛ Zahra_ va2009@ yahoo.com

[۲] استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

[۳] دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اعتیاد به مواد که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. یکی از بارزترین آسیب‌های روانی- اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند و پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی آن را تباه سازد. درهم پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، این گرفتاری را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشتی عمومی در سرتاسر جهان و در تمام کشورها محسوب می‌شود (باتوین، ۲۰۰۰). مشکل اعتیاد آثار مخرب متعددی را سبب می‌شود که از جمله آن‌ها عبارتند از: جسمانی (مثل بیماری‌های گوارشی، قلبی، تنفسی، عصبی، ایدز، مجروح شدن و در برخی مواقع مرگ)؛ روانی (مثل استرس، اضطراب، دلهره، افسردگی، بی‌قراری، پریشانی و فراموشی)؛ خانوادگی (مثل اختلاف و کشمکش با اعضای خانواده، ارتباط ناسالم با افراد خانواده، سوء استفاده و تجاوز جنسی، خیانت، دعوا و کتک کاری، طلاق و جدائی)؛ شغلی (مثل تاخیر و غیبت در محل کار، اخراج و بیکاری)؛ مالی (مثل بدهکاری، ورشکستگی، فقر و تنگدستی)؛ اجتماعی (مثل طرد، انزوا و گوشه گیری، از دست دادن دوستان، بی ارزشی، نداشتن احترام، تنهائی و بی کسی)؛ اخلاقی (دروغگوئی و تهمت، زنا)؛ و ارتکاب خلاف، جرم و جنایت (مثل تجاوز و سوء استفاده ی جنسی، تقلب، دزدی، رشوه خواری، کلاهبرداری و قتل). اعتیاد نه تنها افراد را از فعالیت و تولید بهینه، کارائی و اقدامات مثبت و سازنده باز می‌دارد، بلکه باعث از بین بردن نیرو، انرژی، وقت و منابع و امکانات جامعه در جهت برنامه ریزی ها و اقدامات و فعالیت های مثبت و ثمربخش می‌شود. علاوه بر این، هزینه‌های سنگین و سرسام آوری را بر فرد، خانواده، موسسات درمانی و بهداشتی (برای کشف، دستگیری، بازپرسی، زندانی کردن و اعمال سایر مجازات ها در مورد تولید کنندگان، توزیع کنندگان و مصرف کنندگان) تحمیل می‌کند. آثار و نتایج منفی زیان بار فوق، باعث شده است که افراد سوء مصرف کننده مواد و خانواده‌های آنها و مسئولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روان‌پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان بالینی و مددکاران اجتماعی یاری بخواهند (به نقل از ماردن و لاسکوئز، ۲۰۰۶: ۳۲۹-۳۲۷). در سالهای اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و موسسات آموزشی و درمانی، نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و جلوگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. از جمله می‌توان به گروه درمانی شناختی، شناختی- رفتاری-

هیجانی، رفتاری، برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی[1] اشاره کردکه اثربخشی آنها بررسی شده است. با وجود این، تحقیقات داخلی بر روی اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی کافی نبوده و تاکنون اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر روی بهبود شاخص‌های اعتیاد افراد سوء مصرف کننده مواد بررسی نشده است. بنابراین، در این پژوهش، اثربخشی گروه آموزشی- روانی واقعیت درمانی[2] و برنامه آموزشی غنی سازی و ارتقاء زندگی و گروه کنترل‌نما[3] بر روی بهبود شاخص‌های اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد بررسی شد و در نهایت اثربخشی این سه شیوه درمانی مورد مقایسه قرار گرفت.

رویکرد واقعیت درمانی گلسر یک رویکردی است که، به‌توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع بینانه اعتماد دارد. گلسر ۵ نیاز اساسی را مطرح می‌کند و ارضاء آنها را در ایجاد سازگاری افراد مهم می‌داند. این نیازها عبارتند از: عشق، قدرت، تفریح، آزادی و بقاء. به نظر گلسر (۱۹۸۵) انسانها برای ارضای نیازهای فطری خویش، تصاویری را در ذهن خود به وجود می‌آورند. این تصاویر به قول گلسر در آلبوم عکس شخصی انسان‌ها جمع می‌شوند. آلبوم عکس که تصاویر در آن اندوخته می‌شود، دنیائی است که در آن زندگی و تمایلات خویش را ارضاء می‌کنیم. گلسر (۱۹۹۰) نام این دنیا را دنیای خواسته‌ها یا دنیای کیفی می‌گذارد. این دنیا حاوی انتظارات، دیدگاه‌مان در مورد موفقیت و فرصت‌هایمان برای رفع نیازها می‌باشد. به عبارتی، ما در جریان ارضای نیازهای خود، پیوسته برای خودمان دنیای کیفی خلق می‌کنیم. همچنین، گلسر معتقد است که رفتار کلی شامل چهار قسمت است که جدانشدنی بوده، همزمان رخ می‌دهند. این چهار عنصر عبارتند از: فعالیت، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی. درمان از دید واقعیت درمانی صرفاً یک نوع تعلیم یا کارآمدی ویژه است که می‌کوشد به فرد آن‌چه را که باید طی رشد طبیعی خود فرا گیرد، در یک مدت زمان نسبتاً کوتاه بیاموزد (به نقل از امانلو، ۱۳۸۷: ۳۶).

برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی(LEAP)، به منظور کمک به مراجعان برای دستیابی موثرتر به اهداف، ارتقاء کیفیت زندگی خود و افزایش میزان رضایت از زندگی شان، طراحی شده است. در درمان انگیزشی کاکس و کلینگر علت اکثر مشکلات روان‌شناختی از اختلال در انگیزش است؛ یعنی روشهای ناکارآمد که افراد بر اساس آن به تعقیب اهداف می‌پردازند. بنیاد درمان انگیزشی نظام دار بر دو اصل، مفهوم دغدغه جاری و ساختار انگیزشی بنا شده است. دغدغه جاری، یک حالت انگیزشی درونی در فرد

---

[1] Life Enrichment and Advancement Programe (LEAP)
[2] Reality therapy (RT)
[3] sham control

است که به هنگام تلاش برای رسیدن به یک هدف شکل می‌گیرد. این حالات درونی تا زمانی که شخص به هدف دست یابد یا از آن رهائی می‌یابد، ادامه دارد. منظور از ساختار انگیزشی، اهداف مراجع و شیوه‌های تعقیب آنها می‌باشد. که این ساختار انگیزشی به دو صورت انطباقی و غیر انطباقی می‌باشد (کاکس و کلینگر ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۸) در ادامه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌پردازیم.

اسکروئر[1] (۲۰۰۱) اثربخشی را در یک مطالعه با ۱۴۶ سوء مصرف کننده مواد در ۳ گروه درمانی مورد بررسی قرار داد. گروه اول درمان گروهی انگیزشی (G SMG-) و گروه دوم آموزش مهارت های اجتماعی را دریافت کردند. گروه سوم تحت هر دو درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر سه گروه درمانی موثر بوده‌اند (میلر و ویلبورن، ۲۰۰۲). کاکس و کلینگر معتقدند که مشاوره انگیزشی نظام دار، ساختار انگیزشی را بهبود می‌بخشد و مصرف مواد را کاهش می‌دهد (کاکس و کلینگر ، ۲۰۰۲). نتایج مطالعه کاکس و شاملو[2] (۲۰۰۹) نشان داد که احساس کنترل و انگیزش درونی، رابطه‌ی مثبتی با انگیزش انطباقی دارند و رابطه‌ی منفی با مصرف الکل دارند. و انگیزش انطباقی، میانجی میان احساس کنترل و انگیزش درونی و مصرف الکل است و همچنین رابطه‌ی منفی میان احساس کنترل و انگیزش بیرونی به دست آمد.

نتایج پژوهش کاکس و فدردی[3] (۲۰۰۸) حاکی از این بود که ساختار انگیزشی غیرانطباقی و تورش توجه الکل پیش بینی کننده مثبت در مصرف الکل مجموعه‌ای از دانشجویان دانشگاه هستند.کاکس و کلینگر (۱۹۸۹) مدل انگیزشی مصرف الکل را بررسی کردند. نتایج تحقیق‌شان نشان داد که مصرف الکل دلیل انگیزشی دارد. فرد به طور آگاهانه یا ناآگاهانه الکل را بر طبق آنچه که از مصرف آن انتظار دارد، مصرف می‌کند یا نمی‌کند

عبدالحسینی (۱۳۸۸) به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه درمانی عقلانی– هیجانی- رفتاری و برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی در بهبود شاخص‌های اعتیاد (بهبود حالت خلقی، بهبود ساختار انگیزشی، باورهای غیر منطقی و کاهش وسوسه مواد) در زنان سوء مصرف کننده مواد پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان سوءمصرف کننده مواد، خلق منفی بیشتر و خلق مثبت کمتری داشتند. همچنین شاخص‌های مشترک در سه گروه، یعنی خلق منفی، خلق مثبت و وسوسه مصرف مواد در سه مرحله زمانی در هر دو گروه درمانی عقلانی- هیجانی- رفتاری و برنامه‌ی غنی سازی و ارتقاء زندگی در مقایسه با گروه

[1] Scheroer
[2] Shamloo
[3] Fadardi

کنترل بهبود بیشتری داشته است. همچنین اثر بخشی برنامه درمانی غنی سازی و ارتقاء زندگی در بهبود وضعیت خلقی و کاهش میزان وسوسه مواد آزمودنی‌ها از برنامه گروهی عقلانی-هیجانی- رفتاری بیشتر شد.تحقیقات نشان داده‌اند که برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی بر بهبود کیفیت زندگی زوجها، بهبود روابط درون فردی و عملکرد تحصیلی نوجوانان و کاهش تعارض زناشویی موثر است (بوچارد[۱] و همکاران، ۲۰۰۳ ؛ ریچ[۲] و اریک[۳]، ۲۰۰۶ ؛ سلیمیان، ۱۳۸۴).

چانس و همکاران (۱۹۹۰) به مطالعه تاثیرات واقعیت درمانی بر روی ۲۰ زندانی که مواد مخدر مصرف می‌کردند پرداختند. نتیجه این پژوهش اجتناب آزمودنی‌ها از مصرف مواد مخدر و اظهار نظر بر ضد مواد مخدر بود. هانمین (۱۹۹۰) تاثیر واقعیت درمانی را بر سوء مصرف کنندگان مواد با استفاده از پرسشنامه اهداف خویشتن در هفته‌ی دوم، چهارم، ششم مورد بررسی قرار دادند. تغییراتی که سوء مصرف کنندگان مواد در طول جلسه درمان به آنها اشاره کردند، عبارت بودند از: افزایش احساس عزت نفس، افزایش آگاهی در پذیرش مسئولیت رفتار خود، یادگیری برقراری ارتباط انسان دوستانه به جای به کارگیری شیوه‌های اکتشافی- روانی. همزمان نتایج آزمون MMPI نشانگر کاهش نشانه‌های منفی در ۲۴ آزمودنی و کنترل زندگی در زمان ترخیص آنها بود. دسلی (۱۹۸۸) پژوهشی را تحت عنوان مداخلات گروهی در واقعیت درمانی برای مصرف‌کنندگان داروهای شیمیائی با بیماری روانی شدید و مزمن انجام داد. در پایان جلسات آزمودنی‌ها نسبت به ایجاد ارتباط با دیگران از خود علاقه نشان دادند. (به نقل از از سردار آبادی، ۱۳۸۸ : ۸۲-۷۰). تحلیل آماری بر روی داده‌های پژوهش گودرزی (۱۳۷۸) نشان داد که بین منبع کنترل درونی و مولفه‌های رضایت زناشوئی یعنی (رضایت از دیدگاه همسر، رضایت نسبی و درک و تفاهم) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

همچنین، اثربخشی برنامه واقعیت درمانی درکاهش بحران هویت قربانیان بزه در زندان، افزایش خودپنداره دانش آموزان و دانشجویان، کاهش افسردگی، پیش بینی تغییر روابط و انعکاس خود در آموزگاران، مشاوره تحقیقاتی در رفتار دانش آموزان، افزایش کنترل درونی دانش آموزان دبیرستان (شعبانی، ۱۳۸۲؛ بلاک،۱۹۹۴؛ پترسون، کوینز و چانک، ۱۹۸۸؛ انیگرام و هینکل ۱۹۹۰؛کولینن۱۹۹۵؛ اندروبیل[۴] ۱۹۹۴ کسم، دوزنسکار، هانگ، بیکا ۱۹۹۶، به نقل از از سردار آبادی ، ۸۲-۷۰)، افزایش رضایت زناشویی، بهبود پیشرفت درمان مبتلایان به بیماری دیابت، پیشرفت تحصیلی، کاهش نشخوار فکری بیماران

[1] Burhard
[2] rich
[3] erick
[4] Androbill

PTSD ، احساس ارضاء نیاز و تغییر رفتار در دانش آموزان دبیرستانی، کاهش بحران هویت دختران نوجوان و افزایش میزان عزت نفس دانشجویان اثبات شده است (فرح بخش، ۱۳۸۲ ؛ امانلو، ۱۳۸۷ ؛ هارمر[1]،۱۹۹۲ ؛ پرینزلا[2]، ۲۰۰۶ ؛ لوید[3]،۲۰۰۵ ؛ موسوی، ۱۳۷۷ ؛ مرادی، ۱۳۸۸).

بر اساس بحث و تشریح موضوعی که در بالا ارائه شد، اهداف پژوهش عبارت بودند از؛ (الف) بررسی مقایسه‌ای برنامه گروهی غنی سازی و ارتقای زندگی (LEAP) و گروه کنترل نما در بهبود شاخص‌های اعتیاد؛ (ب) بررسی مقایسه‌ای واقعیت درمانی (RT) به شیوه گروهی و گروه کنترل نما در بهبود شاخص‌های اعتیاد؛ (ج) بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی (LEAP) و برنامه واقعیت درمانی (RT) در بهبود شاخص‌های اعتیاد.

روش انجام پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به مقایسه اثربخشی برنامه‌های آموزش گروهی *غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی* بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف‌کنندگان مواد می‌پردازد که از نوع توسعه‌ای–کاربردی است. در این مطالعه از طرح آزمایشی پیش آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نما استفاده شد حجم نمونه بر اساس مقادیر گزارش شده در پژوهش عبدالحسینی (۱۳۸۸) به دست آمد که میزان اندازه اثر در حد بزرگ محاسبه شد (F = ۰/۷۰)، با استفاده از برنامه G*power ، سطح معناداری P =۰/۰۵ و G*power = ۰/۸۰ ، تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه آزمایش (LEAP، RT، کنترل نما) محاسبه شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. گروه نمونه از بین مراجعان مرکز ترک اعتیاد انتخاب شدند.

ابزار

پرسشنامه علایق و دل مشغولی های شخصی[4]: پرسشنامه‌ی اهداف شخصی (PCI؛ کاکس و کلینگر، ۲۰۰۳ ، فدردی، ۲۰۰۶) فرم تجدید نظر شده و کوتاه از پرسش‌نامه‌ی ساختار انگیزشی (MSQ؛ ککس و کلینگر، ۱۹۹۶، ۱۹۸۶؛ کلینگر و کاکس و بلانت، ۱۹۹۵) است.

شواهد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول پرسش‌نامه‌ی ساختار انگیزشی MSQ است (کاکس و

[1] Harmer
[2] Prenzlav
[3] loyd
[4] personal concerns inventory (PCI)

کلینگر،۲۰۰۲؛ کلینگر و کاکس، ۲۰۰۳). در پژوهش صالحی فدردی، فرم خلاصه شده‌ی PCI با ۱۰ شاخص، بر روی دو نمونه شامل دانشجویان و سوء مصرف کنندگان الکل صورت گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه‌ی شامل دانشجویان ۰/۷۷ و برای نمونه‌ی شامل سوء مصرف کنندگان الکل ۰/۷۵ محاسبه شد. پس از ترجمه‌ی PCI به فارسی و بررسی روایی آن، بر روی یک نمونه‌ی ۱۲۰ نفری شامل ۴۰ دانش‌آموز (سن، M =۲۵/۱۷؛ SD=۰/۸۸) و ۸۰ بزرگسال (سن، M =۲۶/۴۲؛ SD = ۵/۱۸) اجراء شد. فرم PCI به‌روش مصاحبه‌ی فردی در مورد هر شرکت کننده اجراء شده بود. نتایج به‌دست آمده نشان داد که فرم فارسی دارای همسانی درونی مناسب برای هر یک از مؤلفه‌ها و نیز برای کل آزمون می‌باشد (فدردی،۲۰۰۳).

پرسشنامه منبع کنترل راتر: این مقیاس توسط راتر جهت سنجش منبع کنترل افراد تدوین شده است، که حاوی **۲۹** ماده است که هر ماده آن دارای یک جفت سوال (الف و ب) می‌باشد. راتر **۲۳** ماده از مواد این پرسشنامه را با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و شش ماده دیگر (۱-۸-۱۴-۱۹-۲۴-۲۸) هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده‌های خنثی، ساختار اندازه گیری شده را برای آزمودنی مبهم می سازد. از آزمودنی خواسته می‌شود که بین هر جفت سوال یک ماده یکی را انتخاب کند و علامت بزند. میانگین این مقیاس ۸/۴۸ و میانه آن ۸ است.

پرسشنامه احساس کنترل**:** پرسشنامه احساس کنترل به منظور سنجش میزان کنترلی که افراد در حال حاضر در ارتباط با موضوعات مختلف احساس می‌کنند، طرح شده است. این مقیاس حاوی ۱۶ سوال می-باشد. آزمودنی باید با توجه به طیف ۷ -۱ پاسخ دهد. شماره‌ای که آزمودنی انتخاب می‌کند، میزان احساس کنترل (دارای دو بعد منفی و مثبت) او را در زندگی منعکس می‌کند.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: آزمون شادکامی آکسفورد (OHI[1]) دارای **۲۹** ماده است و میزان شادکامی فردی را می سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگایل و کراسلند از شادکامی است. این آزمون در سال **۱۹۸۹** توسط مایکل آرگاریل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (BDI ,۱۹۷۶) ساخته شده است. **۲۱** عبارت از این پرسشنامه از BDI گرفته شده و معکوس گردیده و ۱۱ پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. آرگایل و همکاران پایایی این پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد**.**

[1] Oxford Happiness Inventory

پرسشنامه اطمینان موقعیتی[1]: از طریق پرسشنامه اطمینان موقعیتی، که توسط آنیس و گراهام (۱۹۸۸) ساخته شده است. و برای اندازه‌گیری خودکارآمدی شخصی در موقعیت‌های مصرف مواد (شامل هشت خرده مقیاس، هیجانات مثبت، هیجانات منفی، تمایلات و وسوسه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی مثبت، تنش-های اجتماعی، مشکلات اجتماعی در کار، ناراحتی جسمی و آزمایش کنترل شخصی) استفاده خواهد شد. پاسخ‌های پرسشنامه اطمینان موقعیتی در مقیاس لیکرت در دامنه ۰ (اصلا مطمئن نیستم) تا ۱۰۰ (کاملا مطمئن هستم) طبقه بندی شده است. این پرسشنامه بر روی ۵۳ نفر از افراد وابسته به مواد اجرا شده است و میزان آلفای کرونباخ آن مساوی ۰/۹۳ است.

پرسشنامه رضایت از زندگی: این مقیاس توسط دینر و همکاران طراحی شده است. میزان رضایت از زندگی از طریق این مقیاس سنجیده می‌شود. در این مقیاس عقاید فرد در مورد زندگی اندازه گیری می-شود. پایایی این مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ در ۵ مقیاس گزارش شده است. همچنین دینر روایی این مقیاس را تأیید کرده است.

پرسشنامه وسوسه مواد پس از ترک: صالحی فدردی، بر عرفان و ضیایی این پرسشنامه را ساختند (ضیایی،۱۳۸۷ :). این مقیاس حاوی ۲۰ سوال است که میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را که پس ترک تجربه می‌شوند، می‌سنجد. برای سنجش اعتبار پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده است که میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. برای روایی این مقیاس از پرسشنامه اطمینان موقعیتی آننیس[2] و گراهام[3] (۱۹۸۸) (p = ۰/۰۰۱ ، r= ۰/۰۴)، خلق مثبت (p = ۰/۰۰۱ ، r = ۰/۳۲) و منفی (p = ۰/۰۰۱ ، r = ۰/۵۵) استفاده شده است که جهت و اندازه همبستگی ها تأیید کننده روایی پرسشنامه میزان وسوسه پس ترک می‌باشد.

پرسشنامه میزان مصرف داروهای غیر تجویزی. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سوال است، که فرد با استفاده از معیار ۶-۱ مقیاس، میزان موافقت خود را با خط کشیدن دور معیار مناسب نشان می‌دهد. با نمره گذاری این پرسشنامه، میزان مصرف داروهای مسکن (نظیر قرصهای کدئین دار)، ضد درد، ضد افسردگی، ضد اضطراب، قرصهای خواب، داروهای گیاهی اعصاب، مصرف چای و قهوه، دخانیات (انواع تنباکو و سیگار)، نوشیدنیهای غیرمتعارف، مواد غیرمتعارف، مواد نیرو زا و هیجان آور و... سنجیده می‌شود.

---

[1] Situational confidence questionnaire
[2] Annis
[3] Graham

روش اجرا

آزمودنی‌ها، از میان مراجعانی که جهت ترک اعتیاد به مرکز ترک اعتیاد انگیزه واقع در خیابان احمدآباد مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. شرکت در طرح داوطلبانه بود. از افراد سوء مصرف کننده مواد که تمایل به همکاری داشتند، درخواست شد که برگه اطلاعات و رضایت نامه تحقیق را مطالعه کرده و در صورت موافقت و تمایل، شماره تماس یا آدرس خود را ذکر کرده تا جهت شرکت در پژوهش با آنها تماس گرفته شود. بعد از پر کردن رضایت‌نامه، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. سپس برنامه آموزشی غنی سازی و ارتقاء زندگی (LEAP) در ۷ جلسه برای گروه آزمایش اول اجرا شد و برنامه واقعیت درمانی (RT) نیز در ۷ جلسه برای گروه آزمایش دوم و برنامه گروه کنترل نما نیز در ۷ جلسه ارائه شد. در گروه کنترل نما نرم افزار word آموزش داده شد. هر جلسه ۱/۵ ساعت طول کشید. همچنین، جلسات به طور هفتگی تشکیل شد. پس از ۳ ماه، دوره پیگیری (بدون اینکه هیچ یک از شرکت‌کنندگان تمرینی انجام دهند) بار دیگر مجموعه آزمون‌ها برای همه آزمودنی‌ها اجرا شد و اثربخشی درمانها سنجیده شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی

جلسه اول	خوشامد گویی، معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر،آشنایی با قواعد و مقررات گروه، بیان انتظارات و اهداف اعضای گروه از جلسات،آموزش منطق LEAP توسط آموزش دهنده.
جلسه دوم	کمک به تکمیل پرسش‌نامه PCI و در صورت لزوم و نمره گذاری و تفسیر کیفی پرسش‌نامه PCI بر اساس ۹ مقیاس آن، توصیف هریک از مقیاسها برای درک اهمیت آن‌ها، توضیح اهداف دستیابی و اهداف اجتنابی و ارتباط آنها با ساختار انگیزشی انطباقی در راستای هدف ترک سوء مصرف مواد، بررسی بُعد کمی اهداف بر اساس پرسش‌نامه PCI .
جلسه سوم	توضیح دلایل زیر بنایی مصرف بیش از حد مواد مخدر، فهرست نمودن برخی خرافات درباره مصرف مواد مخدر و برخی واقعیت‌ها درباره مصرف مواد مخدر، شناسایی موقعیت‌های بر انگیزاننده مصرف مواد مخدر (چرا، چه وقت، کجا، چگونه، با چه کسی).
جلسه چهارم	آموزش سه روش برای ایجاد یک سبک زندگی شادتر، توضیح راهبردهای مدیریت تنش و استرس دراز مدت توضیح رابطه بین سبک زندگی شادتر به دور از مصرف مواد مخدر وافزایش سلامتی، شناسایی منابع شادی و استرس: (الف) ساخت زیستی؛ (ب) خوشی‌ها و مشکلات روزانه (استرس بد در مقابل استرس خوب)؛ (ج) نگرش‌ها و باورها، یافتن اهداف و فعالیت‌هایی برای جایگزین کردن مصرف مواد مخدر، شیوه‌های کاهش استرس روزانه و بکارگیری شیوه‌های جدید به منظور افزایش احساس شادی در خود.

جلسه پنجم	بازنگری اهداف برای افزایش احتمال دست‌یابی به آن‌ها برای شادی فرد با تمرکز بر کمیت اهداف، کیفیت اهداف و طرح ریزی هدف با توجه به نتایج پرسش‌نامه نگرانی‌ها و آرزوهای شخصی.
جلسه ششم	ساخت دهی و برنامه‌ریزی در مورد اهداف به ویژه هدف اختصاصی ترک اعتیاد؛ تعریف اهداف بصورت اختصاصی، عینی و قابل دسترس و دست یافتنی؛ الویت بندی اهداف (تمرین مرور هدف)؛ آموزش نحوه طراحی نردبان اهداف برای هریک از اهداف، مرور جلسات و نتیجه‌گیری، قرارهایی به منظور پی‌گیری و ارزیابی پس از درمان، دریافت بازخورد از مراجعان.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمانی واقعیت درمانی گروهی

جلسه اول	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و اعضا و هدف گروه، آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و بیان انتظارات‌شان از گروه، معرفی نیازهای اساسی و تعریف جامع آنها و بررسی تفاوتها و شباهتهای افراد با هم.
جلسه دوم	آموزش و فهماندن رفتار کلی و انتخاب رفتار خود، ارزیابی توانایی کنترل خویشتن و تقویت جنبه‌های مثبت خود.
جلسه سوم	طرح و برنامه‌ای برای دستیابی به هدف که باید ساده، فوری و بدون معطلی، خاص و مشخص و جدی باشد، بیان و فهماندن چگونگی حرکت به سوی خواسته‌هایمان و توصیف و بیان جهان کیفی و جهان عینی (واقعی).
جلسه چهارم	توضیح اینکه عذر و بهانه راه رسیدن به اهداف و خواسته‌های‌مان نیست، بررسی واقع گرایانه بودن تصویر جهان کیفی و کمک به اعضای گروه در جهت ساختن تصویر واقع‌گرایانه‌تری از اهداف‌شان.
جلسه پنجم	کمک به اعضا تا در جهت خواسته‌های‌شان گام عملی بردارند، به اعضا کمک شد تا بفهمند که آنها خود مسئول رفتار خود هستند و باید مسئولیت رانندگی را بپذیرند و تفکر راجع به احساساتی که در زمان مواجه شدن با انتقاد و عیب جویی ایجاد می‌شود.
جلسه ششم	تفکر در مورد مفهوم حل تعارض، فهمیدن و درک کردن ۵ نیاز اساسی در جهت کمک به حل تعارضات فردی، آموزش و فهماندن هدف در زندگی و لزوم داشتن هدف برای خود و آنگاه دعوت به تفکر در خصوص چگونگی دستیابی به هدف و برنامه‌ریزی برای خود جهت نیل به اهداف بدون آنکه باعث ناکامی دیگران در رسیدن به اهداف‌شان شویم.

نتایج

به منظور بررسی تفاوت‌های جمعیت شناختی سه گروه، ابتدا از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه[1] برای متغیرهای سن، تحصیلات، سال‌های اعتیاد و تعداد درمان‌ها، استفاده شد. هیچ تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشد. سپس از آزمون غیرپارامتریک کروسکال–والیس[2] برای بررسی تفاوت‌های بین گروه-ها در متغیرهای شغل و وضعیت تاهل استفاده شد. هیچ تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشد. بنابراین؛ در تحلیل استنباطی برای آزمون فرضیه‌ها، وارد کردن این متغیرها به عنوان متغیر همراه در مدل-های آماری ضرورتی ندارد.

نتایج متغیرهای همراه در در سطح آمار توصیفی در جدول ۳ آورده شده است:

جدول۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای همراه

متغیر	گروه آزمایشی LEAP		گروه آزمایشی RT		گروه کنترل نما	
	M	SD	M	SD	M	SD
سن	۲۷/۱۰	۴/۶۰	۲۸/۳۰	۴/۳۲	۲۷/۲۰	۵/۲۸
تحصیلات	۱۲/۲۰	۲/۳۴	۱۳/۳۰	۲/۴۹	۱۲/۳۰	۲/۸۶
سالهای اعتیاد	۶/۳۰	۳/۸۰	۸/۲۰	۴/۴۶	۶/۹۰	۴/۸۱
تعداد درمان ها	۲/۷۰	۱/۷۶	۳/۸۰	۲/۴۸	۲/۳۰	۲/۰۵

نتایج متغیرهای وابسته در سطح آمار توصیفی در جدول ۴، آورده شده است:

[1] ANOVA
[2] Kruskal-Wallis

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر		گروه آزمایشی LEAP		گروه آزمایشی RT		گروه کنترل نما	
		M	SD	M	SD	M	SD
منبع کنترل	پیش آزمون	۱۳/۷۰	۲/۱۶	۱۶/۲۰	۱/۳۲	۱۴/۸۰	۲/۲۵
	پس آزمون	۱۰/۹۰	۱/۳۷	۸/۷۰	۱/۰۵	۱۴/۴۰	۲/۴۱
	پیگیری	۱۰/۱۱	۱/۹۰	۸/۹۰	۱/۳۷	۱۴/۱۰	۲/۴۶
میزان وسوسه	پیش آزمون	۵۳/۴۰	۱۱/۹۰	۵۰/۱۰	۱۱/۵۱	۴۱/۱۰	۱۵/۱۱
	پس آزمون	۳۱/۰۰	۵/۱۶	۳۱/۲۰	۳۰/۶۶	۴۱/۱۰	۱۵/۳۷
	پیگیری	۳۰/۳۰	۶/۳۷	۳۰/۶۰	۷/۳۳	۴۰/۷۰	۱۵/۳۸
شادکامی	پیش آزمون	۳۴/۸۰	۹/۰۷	۳۱/۵۰	۶/۲۵	۳۹/۵۰	۵/۰۱
	پس آزمون	۴۲/۳۰	۶/۰۱	۴۱/۳۰	۱/۸۸	۳۹/۶۰	۴/۷۶
	پیگیری	۴۱/۰۰	۵/۹۱	۴۱/۰۰	۱/۶۳	۳۹/۰۰	۵/۱۶
احساس کنترل منفی	پیش آزمون	۴/۶۲	۰/۹۷۸	۴/۹۰	۰/۶۶	۴/۷۶	۰/۹۱
	پس آزمون	۳/۵۶	۱/۲۱	۲/۳۲	۱/۳۳	۲/۵۰	۰/۸۴
	پیگیری	۳/۵۶	۱/۲۲	۲/۳۲	۱/۳۵	۲/۴۸	۰/۸۴
احساس کنترل مثبت	پیش آزمون	۳/۶۶	۱/۲۷	۳/۴۰	۱/۰۶	۲/۵۶	۰/۸۹
	پس آزمون	۴/۹۰	۰/۹۰	۵/۷۰	۰/۵۶	۴/۷۴	۰/۹۲
	پیگیری	۴/۸۴	۰/۹۴	۵/۶۶	۰/۵۵	۴/۷۴	۰/۹۲
میزان رضایت از زندگی	پیش آزمون	۱۹/۵۰	۴/۱۷	۲۳/۹۰	۶/۵۰	۲۴/۱۰	۶/۷۰
	پس آزمون	۲۹/۱۰	۵/۸۷	۳۰/۸۰	۵/۲۴	۲۳/۶۰	۵/۷۰
	پیگیری	۲۸/۶۰	۵/۳۷	۳۰/۵۰	۵/۰۳	۲۳/۴۰	۵/۸۱
اطمینان موقعیتی	پیش آزمون	۵۴۶	۲۳۲	۵۴۸	۱۵۴	۵۹۲	۱۶۸
	پس آزمون	۷۶۱	۲۰۲	۶۴۸	۱۵۹	۵۸۸	۱۶۴
	پیگیری	۷۶۲	۲۰۱	۶۴۴	۱۶۲	۵۸۴	۱۶۳
میزان مصرف داروهای غیر تجویزی	پیش آزمون	۲۰/۸۰	۷/۳۷	۲۲/۳۰	۷/۷۰	۱۶/۳۰	۶/۹۷
	پس آزمون	۹/۳۰	۳/۵۲	۱۳/۲۰	۵/۴۷	۱۶/۰۰	۷/۱۰
	پیگیری	۹/۵۰	۳/۷۷	۱۳/۳۰	۶/۱۶	۱۵/۸۰	۶/۱۱

برای آزمون فرضیه اول تا سوم، از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. در مدل آماری یاد شده، نمرات منبع کنترل، شادکامی، میزان وسوسه، رضایت از زندگی، احساس کنترل مثبت و منفی، میزان مصرف دارو و اطمینان موقعیتی به عنوان متغیر وابسته در پس آزمون و آزمون پیگیری؛ گروه به عنوان متغیر مستقل؛ و نمرات پیش آزمون مقیاسهای فوق، به عنوان متغیر همراه وارد شدند. در مورد اثر متغیرهای همراه، نتایج حاکی از آن بود که نمره پیش آزمون متغیرهای فوق به استثنای منبع کنترل در رابطه (در مرحله پیگیری) اثر معنی داری نداشتند. اثر گروه در پس آزمون و آزمون پیگیری معنادار بود. همچنین برای مقایسه دو به دو اثر گروه‌های کنترل‌نما LEAP, RT از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. و نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است.

با توجه به جدول ۵، فرضیه اول، در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری تایید شد. و تفاوت برنامه آموزشی LEAP در شادکامی، احساس کنترل منفی، اطمینان موقعیتی، میزان داروی مصرفی، رضایت از زندگی و میزان وسوسه با گروه کنترل نما معنادار بود، ولی در منبع کنترل و احساس کنترل مثبت تفاوت معناداری با گروه کنترل نما نداشت. بنابراین؛ برنامه آموزشی LEAP در افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، افزایش اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی، افزایش رضایت از زندگی و کاهش میزان وسوسه موثر بود.

همچنین، فرضیه دوم، در مرحله، پس آزمون و آزمون پیگیری تایید شد. تفاوت گروه آموزشی RT با گروه کنترل نما در منبع کنترل، میزان وسوسه، احساس کنترل مثبت و رضایت از زندگی معنادار بود. در نتیجه، گروه آموزشی RT در کاهش نمره منبع‌کنترل، کاهش میزان وسوسه، افزایش احساس کنترل مثبت و افزایش رضایت از زندگی موثر بود. اثر بخشی روش آموزشی گروه LEAP در کاهش میزان وسوسه و افزایش رضایت از زندگی همانند روش آموزشی گروه RT بود ولی در شاخص‌های بهبود دیگر (افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، افزایش اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی) موثرتر از گروه آموزشی RT بود، و صرفا گروه آموزشی RT در افزایش احساس کنترل مثبت و کاهش نمره منبع کنترل موثرتر ازگروه آموزشی LEAP بود. در نتیجه، چون گروه آموزشی LEAP در تعداد شاخص های بهبود بیشتری نسبت به گروه آموزشی RT موثر بود (جدول ۵)، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثربخش‌تر بودن گروه آموزشی LEAP تایید شد.

جدول۵. نتایج مدل‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره برای نمرات تغییرات شاخص های درمانی گروه

مدل مورد آزمون		اثر اصلی گروه			متغیر همراه F η (p)				تفاوتهای دو-به-دو معنی دار		
		F (۲و۲۲)	*p*	Eta^2	دوره درمان دارویی *p*	سنوات مصرف مواد *p*	سن *p*	تحصیلات *p*	LEAP > Control *P*	RT > Control *p*	LEAP > RT *p*
منبع کنترل	T1-T2	۲۱/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۰/۶۷	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۷۲		۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
	T1-T3	۱۷/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹							
شادکامی	T1-T2	۱۶/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۰/۸۸	۰/۱۸	۰/۲۲	۰/۷۹	۰/۰۰۲		۰/۰۲
	T1-T3	۲۲/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷							
احساس کنترل مثبت	T1-T2	۱/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۷۳	۰/۹۱		۰/۰۲	۰/۰۳
	T1-T3	۱/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳							
احساس کنترل منفی	T1-T2	۱۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۳۱	۰/۹۷	۰/۷۹	۰/۰۴		۰/۰۲
	T1-T3	۱۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳							
میزان وسوسه	T1-T2	۵/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۰/۴۹	۰/۹۳	۰/۴۸	۰/۲۱	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۹۵
	T1-T3	۱۱/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴							
اطمینان موقعیتی	T1-T2	۱۲/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۰/۷۸	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۹۳	۰/۰۳		۰/۱۴
	T1-T3	۱۲/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷							
رضایت از زندگی	T1-T2	۶۱/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۰/۴۶	۰/۴۱	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۰۴	۰/۰۰۷	۰/۴۴
	T1-T3	۱۷/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱							
میزان مصرف داروهای غیر تجویزی	T1-T2	۱۵/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۰/۱۹	۰/۴۲	۰/۴۸	۰/۹۷	۰/۰۲		۰/۱۵
	T1-T3	۱۲/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳							

نتیجه گیری

هدف اصلی گروه‌های آموزشی– روانی در این پژوهش، افزایش آگاهی درباره پیامدهای رفتاری، بهداشتی و روان شناختی سوء مصرف مواد بود. هدف اصلی دیگر، دادن انگیزه به مراجع برای وارد شدن به مرحله بهبود بود (مارتین و همکاران، ۱۹۹۶؛ پیفر و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از فلورس، ۲۰۰۵ :۷۱–۶۱). اگرچه گروه‌های آموزشی- روانی، مراجعان را درباره مسائل روان‌شناختی آگاه می‌کنند، هدف آنها تغییر درون–روانی نمی‌باشد، اما غالباً تغییرات فردی در تفکر و احساسات رخ می‌دهد. گروه‌های آموزشی– روانی برای کمک به مراجعان و برای ادغام کردن اطلاعاتی که به آنها در ایجاد انگیزه و فقط ترک مواد کمک خواهند کرد، ارائه می‌شوند و آنها را برای انتخاب‌های موثرتر در زندگی‌شان راهنمائی می‌کنند. همچنین، این گروه‌ها می‌توانند برای خنثی کردن افکار مراجعان در مورد مصرف موادشان، افزایش احساس مسئولیت‌شان برای درمان مداوم، ایجاد تغییرات در رفتارهای ناسازگارانه (مثل ارتباط با افرادی که فعالانه از مخدرها استفاده می‌کنند) و تشویق رفتارهای منجر به بهبودی، استفاده شوند (فلورس و جورجی، ۲۰۰۵). هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی برنامه‌ی آموزش گروهی *غنی‌سازی و ارتقاء زندگی* و *واقعیت درمانی* بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء مصرف‌کنندگان مواد بود. به نظر محقق حاضر وجه اشتراک دو رویکرد واقعیت درمانی و برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی، توجه به نیازهای افراد (هر دو رویکرد به افراد کمک می‌کنند تا کنش‌های خود را در تلاش برای ارضای نیازهای اساسی انتخاب کنند)، تعیین اهداف و پیگیری آن و تاکید بر زمان حال می‌باشد و تفاوتهایی بین دو رویکرد واقعیت درمانی و برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی نیز وجود دارد. برنامه واقعیت درمانی به افراد کمک می‌کند که مسئولیت پذیر باشند، حق انتخاب بر روی اعمالشان داشته باشند، بتوانند ارزشیابی درستی در مورد رفتارهای خود داشته باشند و همچنین، به افراد کمک می‌کند که منبع کنترل خود را از بیرونی بودن به درونی شدن تغییر دهند. اما برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی به افراد کمک می‌کند که اهداف مناسب خود را تعقیب کنند، اهداف غیرواقع بینانه خود را کنار بگذارند و ساختار انگیزشی خود را از غیرانطباقی به انطباقی تبدیل کنند.

نتیجه‌ی این بررسی پیشنهاد می‌کند که هر دو رویکرد درمانی (RT,LEAP) از گروه کنترل نما در بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد موثرتر بودند. برنامه آموزشی LEAP در افزایش شادکامی، کاهش احساس کنترل منفی، اطمینان موقعیتی، کاهش میزان داروی مصرفی، افزایش رضایت از زندگی، کاهش میزان وسوسه نسبت به مواد مخدر موثر بود. ولی در منبع کنترل و افزایش احساس کنترل مثبت تفاوت

معناداری با گروه کنترل نما نداشت. که این نتیجه، موید پژوهش عبدالحسینی (۱۳۸۸) است که در آن بازسازی انگیزشی سبب کاهش میزان وسوسه نسبت به مواد مخدر شد.). همچنین، همسو با نتیجه مطالعه‌ی کاکس و کلینگر (۱۹۸۸) است که معتقدند بازسازی انگیزشی با افزایش رضایت از زندگی همراه است.). پژوهش کاکس و فدردی (۲۰۰۸) و کاکس و کلینگر (۲۰۰۲)، حاکی از این بود که بین میزان مصرف دارو و ساختارانگیزشی غیرانطباقی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد و کاکس و شاملو (۲۰۰۹) بین ساختار انگیزشی انطباقی و احساس کنترل رابطه مستقیمی، گزارش کردند. در نتیجه، برنامه LEAP با بازسازی انگیزشی، در بهبود شاخص‌های اعتیاد تاثیر مثبتی دارد که در پژوهش حاضر و پژوهش های قبلی اثبات شده است.

همچنین، در این پژوهش، نمرات آزمودنی‌های گروه آموزشی RT در منبع کنترل و میزان وسوسه کاهش یافت و افزایش محسوسی در احساس کنترل مثبت، رضایت از زندگی یافت. لازم به ذکر است که کاهش نمره منبع کنترل مبنی بر درونی تر شدن منبع کنترل از بیرونی به درونی می‌باشد که این نتیجه مطلوبی می‌باشد. این یافته با یافته‌های پژوهش چانس و همکاران (۱۹۹۰) و هانمین (۱۹۹۰) مشابه می‌باشد و موید نظریه گلسر می‌باشد که معتقد است بسیاری از تبیین‌های موجود روان‌پزشکی امروز در مورد ناراحتی‌های روانی، مبین روان‌شناسی کنترل بیرونی است. یعنی همان چیزی که بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب یا وسواس به آن معتقدند. کسانی که عقیده به روان‌شناسی کنترل درونی دارند معتقدند که عمل، شناخت، احساس و حالت فیزیولوژیکی رفتار کلی، تحت کنترل خودشان است. آنها هرگاه احساس کنند که این اجزاء در جهت خواسته‌هایشان نیست، رفتاری دیگری را انتخاب می‌کنند. هرگاه روان شناسی کنترل بیرونی در انسان رشد کند رفتار غیرعادی و غیرمسئولانه بروز می‌یابد (فرح بخش، ۱۳۸۳). گروه آموزشی RT، افراد گروه را دعوت به مسئولیت پذیری، کنترل پذیری و احساس تعهد در اعمال دعوت می‌کند که این امر در تجزیه و تحلیل داده ها که نشان دهنده تاثیر مثبت گروه RT در منبع کنترل، احساس کنترل مثبت، میزان وسوسه و رضایت زندگی بود، اثبات شده است.

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که رضایت از زندگی و احساس کنترل در دو گروه آموزشی RT, LEAP در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری متفاوت است. نتیجه‌ی این تحقیق یافته‌های سلیمانیان را تأیید می‌کند (سلیمانیان،۱۳۸۴). پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی احساس خوب بودن و داشتن معنا در زندگی نشان داده‌اند که هر دوی این مقوله‌ها با ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت بخش در به‌دست آوردن آن‌ها رابطه دارند. برای مثال، بیشتر مردم ارزش بسیار بالایی برای

برقراری و حفظ روابط صمیمانه و نزدیک قائل هستند (بایمستر و لری، ۱۹۹۵) و به‌دست آوردن این اهداف بین فردی با احساس خوب بودن در زندگی ارتباط بسیار قوی دارد. تحقیقات روفلمن و ولچیک (۱۹۸۸) نشان داده‌اند، این‌که فرد احساس کند در تعقیب اهداف مورد نظرش از حمایت‌های دیگران برخوردار است، احساس مثبت، خوب و مطلوب را در وی پرورش می‌دهد و احساس این‌که دیگران مانع تحقق اهداف وی می‌گردند، از احساس خوب بودن می‌کاهد.

عامل دیگری که در پرورش احساس مثبت، خوب و مطلوب نقش مهمی ایفا می‌کند، حس پیشرفت به‌سمت هدف است. به اعتقاد داینر و فوجیتا (۱۹۹۵) حس پیشرفت به سمت هدف یک عامل بسیار مهم و تعیین کننده در داشتن احساس خوب است. مطالعات طولی هالیچ وجیپرت (۱۹۹۸) نشان داده‌اند، احساس رضایت از زندگی و برخورداری از احساس خوب و مطلوب به داشتن اهداف دست یافتنی بستگی دارد، به‌خصوص در افرادی که نسبت به اهداف خود تعهد بیشتری احساس می‌کنند. البته همه‌ی اهداف فردی به یک اندازه بر پرورش احساس خوب و مطلوب نقش ندارند. برای مثال، پیشرفت در اهدافی که توسط دیگران یا تحت تأثیر فشارهای اجتماعی به فرد تحمیل شده کمتر از اهدافی که خود فرد آن‌ها را انتخاب کرده است موجب احساس خوب بودن می‌شوند (به نقل از سلیمانیان، ۱۳۸۴ : ۵۶-۴۵).

به اعتقاد کاکس و کلینگر (۲۰۰۲) ارتباط بین اهداف و شناخت، هیجان، تصورات و رفتارها در مداخلات مشاوره‌ای حائز اهمیت هستند. آن‌ها معتقدند آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ارتباط تنگاتنگی با مشکلات مربوط به تعقیب هدف دارند. یعنی هرچقدر مشکلات و آسیب‌های موجود بر سر راه تعقیب هدف بیشتر باشد، آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری نیز بیشتر بروز می‌کند. این‌که مشکل افسردگی باشد یا اضطراب یا اعتیاد و...، مداخله‌ی مشاوره‌ای مؤثر مستلزم بررسی و مداخله در فرآیند تعقیب هدف است. رضایت افراد در زندگی تا حدّ زیادی از باور آن‌ها نسبت به دست‌یابی به اهداف مطلوب‌شان سرچشمه می‌گیرد (برون، مادیکس و اسنایدر، ۱۹۹۷؛ برنسین، ۱۹۹۳؛ به نقل از کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲ : ۱۶۴-۱۵۷). همچنین، توانایی رسیدن یک فرد به هدفش ممکن است توسط دیگران تقویت یا جلوگیری شود. بنابراین، درک حمایت در دست‌یابی به اهداف از طرف افراد مهم زندگی فرد، عامل مهمی است که در رضایت‌مندی یا تعارض در روابط صمیمانه و نزدیک نقش دارد (برسکید و ریز، ۱۹۹۸؛ استروب و استروب،۱۹۹۶؛ به‌نقل کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲ : ۱۶۴-۱۵۷).

در انتها، باید اشاره کرد که زمانی که این رویکردها به‌صورت گروهی به‌کار گرفته می‌شوند، مزیت‌های روان درمانی گروهی در مقایسه با روان درمانی فردی از جمله تعامل اعضاء، الگوگیری، و ...

دو چندان می‌شود. در واقع اعضای گروه در نتیجه‌ی تعامل با یکدیگر و از طریق خودافشایی، دریافت حمایت، همدلی و همچنین احساسِ داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسایل‌شان به فهم و بینش وسیع‌تری دست یافته و بهتر با آن‌ها کنار آیند. یافته‌های این پژوهش موید فرضیه سوم می باشد. زیرا برنامه LEAP در تعداد شاخص‌های بهبود بیشتری، اثربخش‌تر از گروه RT بود. این یافته را باید یک یافته‌ی مقدماتی دانست و به‌کارگیری این دو شیوه در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌باشد. به‌علاوه، نتیجه‌گیری این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود، هر چند کوشش پژوهش‌گر این بوده است که شرایط را تا جایی که امکان دارد کنترل کند، اما درباره‌ی آزمودنی‌های انسانی و آن هم امر درمان روان‌شناختی کنترل همیشه دشوار می‌باشد. در انتها، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در قالب طرح‌های تجربی مجدداً اجراء شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که سایر روش‌های مداخله‌ای مطرح در درمان اعتیاد به‌صورت عملیاتی تدوین و آزمون شوند.

تشکر و قدردانی

از همکاری خانم دکتر اکرمی و همکاران‌شان در کلینیک درمان و بازتوانی اعتیاد انگیزه کمال تشکر و قدردانی را دارم که در طول انجام پژوهش، نهایت همکاری را با محقق داشتند.

کتابنامه

امانلو، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی با رویکرد شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر مبتلایان دیابت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

سردار آبادی، مهدی. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

سلیمانیان، علی اکبر. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی و کارآمدی مشاوره انگیزشی نظام مند بر تعارض زناشوئی. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تربیت معلم تهران.

عبدالحسینی، فاطمه. (۱۳۸۸)، بررسی مقایسه ای اثربخشی گروه درمانی عقلانی- هیجانی- رفتاری و برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی در بهبود شاخص های اعتیاد زنان سوء مصرف کننده مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

فرح بخش، کیومرث. (۱۳۸۲). بررسی کارآمدی و اثربخش واقعیت درمانی و شناخت درمانی عقلانی هیجانی بر تعارض زناشوئی. پایان‌نامه دکتری منتشر نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

گودروزی، ناصر. (۱۳۷۸). بررسی رابطه رضایت زناشوئی با منبع کنترل در کادر درمانی بیمارستانهای تابع دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

مرادی شهر بابک، فاطمه. (۱۳۸۶). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه‌ی گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

موسوی، معصومه. (۱۳۷۷). اثر مشاوره فردی با رویکرد واقعیت درمانی بر بحران هویت در دختران نوجوان ۱۵-۱۸ ساله (سال سوم متوسطه) ناحیه یک کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

Burhard, G., Yarhouse, M.A., Kilian, M.K., Worthington, E.L., Berry, J & Enter, D. (2003). A Study of Two marital Enrichment programs and couples Quality of life. *Journal of Psychology & Theology, 31(2):* 240-252.

Cox, W. M. & Klinger, E. (2002). Motivational structure: Relationships with substance use and processes of change. *Addictive Behaviors*, 27(3): 925–940.1.

Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(2):168-180.

Cox, W. M.; Klinger, E. & Blount, J. P. (1995). Systematic motivational counseling: a treatment manual. Unpublished manuscript, Bangor.

Cox, W.M. Heinemann, A.W., Miranti, S.V., Schmidt, M., klinger, E., & Blount, J. (2003). Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury. *Journal of Addictive Disorder*, *22(1):* 93-110.

Cox, W.M., Fadardi,J.S., & Klinger, E. (2006). Motivational process underlying implicit cognition in addiction. In R.W. Wiers & A. W. stacy (editors). *Handbook of implicit cognition in addiction*. Thousand Oaks, Califonia: SAGE, 253-266.

Diener, E., RA. Emmons, R. J., and Griffin, S. (1985).The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(3):71-75.

Fadardi, J. s., & Cox, W. M. (2008). Alcohol-attentional bias and motivational structure as independent predictors of social drinkers' alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3): 247-256.

Fadardi, J.S. Ziaee.S. Shamloo. Z.S. (2009). Substance Use and the Paradox of Good and Bad Attentional Bias. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(6): *456-463*.

Fadardi., S.J., Cox, W.M.,& kllinger, E. (2006). Life Enrichment and Advancement Program (LEAP): A self-Help manual for Reducing your Need to Drink. *Unpublished manual*, Bangor University.

Flores, P.J. & Georgi, J.M. (2005). Groups and substance Abuse Treatment. In: Flores P.J., Georgi J.M. (Editors). *Substance Abuse Treatment: Group therapy A Treatment*. U.S. Department of Health and Human Services, 61-71.

Harmer, Jill .(1992).The Effect of Reality Therapy Treatment on law achieving students. phd. Dissertation. Georgia: university, college of Georgia state university, 55-80.

Kaplan, M. & Maddux, j. E. (2002). Goals and Marital Satisfaction: Perceived Support for Personal and Collective Efficacy for Collective Goals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 157-164.

Loyd, B.D. (2005).The Effect of Reality therapy / choice theory high school Student s perception of Needs satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy, 25(1):* 5-9.

Marden. M. (2001). Health Behavior Change: A Guide For Practitioners. Families, Systems & Health, 19(3): 327-329.

Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use of disorders. *Addiction*, 97(2): 265–277.

Prenzlav, S. (2006). Using Reality therapy to Reduce PTSD-Related symptoms. *International Journal of Reality Therapy*, *25(2):* 23-29.

Reference

Rich. G., & Eric, M. A. (2006). The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents. *Journal of School Psychology*, 44(4): 375-391.

Sepehri, Z. S. , & Cox, W. M. (2009). The relationship between motivational structure, sense of control, intrinsic motivation and university students' alcohol consumption. *Addictive Behaviors*, 35(3), 140-146.